

骨密度測定 検査依頼書

(診療情報提供書)

FAX:048-685-3155

予約日時		
年	月	日
午前・午後	時	分

※緊急検査等により予約日時よりもお待たせする場合があります。予めご了承ください。

ふりがな			依頼医療機関名	
患者氏名				
生年月日	☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日 (歳)		依頼医師名 (署名)	
性別	男・女			
当院受診歴	☐ 有 (診察券番号:) ☐ 無 ※分かる範囲で結構です			

骨密度測定検査 (DEXA)
腰椎 + 大腿骨 で測定いたします。 ※腰椎にインプラントがある場合、大腿骨のみの測定になる場合がございます。 ※大腿骨両側にインプラントがある場合、腰椎のみの測定になります。

骨密度測定検査 問診表		
1. 妊娠している、またはその可能性がある	☐ はい	☐ いいえ
2. 仰向けで5分程度体勢が維持できない可能性がある	☐ はい	☐ いいえ
3. 1週間以内にバリウム検査をおこなった ※はい の場合、検査ができない可能性があります	☐ はい	☐ いいえ
4. 腰椎・股関節に手術等で金属を入れている はい の方は、どの部位にありますか	☐ はい	☐ いいえ ☐ 腰椎 ☐ 右股関節 ☐ 左股関節

下記欄は患者様に記載依頼をお願いします。

骨密度測定検査 同意書	
担当医師から検査の必要性和放射線被ばくの説明を受け、骨密度測定検査を受けることに同意します。	
年 月 日	
氏名:	本人・代理人代筆
(代理人氏名:	続柄:)
※代理人代筆の場合はご記入をお願いします。	